

ЛИТЕРАТУРА

1. Всемирная организация здравоохранения: Всемирная база данных ВОЗ по дефициту йода. Таджикистан, 2006. С. 208-211
2. Всемирная организация здравоохранения: Оценка йоддефицитных нарушений и мониторинг их устранения. Руководство для программных менеджеров. Женеве, ВОЗ, 2007. С. 102-128
3. Гельминтные инфекции: Широко запущенные тропические заболевания. /Hotez P.J. и [др.] // J.Clin.Invest. 2008. Vol.118. P. 1311-1321
4. Герасимов Г.А. и соавт. Йоддефицитные заболевания в России. М., 2002. 12 с.
5. Касимова С.Д. Йодная недостаточность у населения Республики Таджикистан и ее профилактика // Материалы 4-го Всероссийского конгресса эндокринологов.- Санкт-Петербург, 2001. С. 309

Касимова С.Х., Давлатмамадова М.Б.

Баҳодиҳии паҳншавии бемориҳои камйодӣ ва кирми меъда ва руда дар байни мактаббачагони 4 ноҳияҳои пилоти лоиҳаи Сино дар Тоҷикистон

Проблемаҳои паҳншавии бемориҳои камйодӣ дар Тоҷикистон махусан дар бай-

ни хонандагон то ҳол ҳалли худро наёфтааст. Ҳолати камйодиро дар байни мактаббачагон мавҷудияти кирми меъда ва руда боз ҳам вазнинтар мегардонад. Ин ду беморӣ ҳолати як дигарро вазнинтар намуда, ба афзоиши ҳисмонӣ ва ҷинсӣ кӯдакон таъсири манфӣ мерасонанд. Ба баъзе пешравихо нигоҳ накарда, Ҷумҳурии Тоҷикистон дар Барномаи Умуми - ҷаҳонии йоднокгардонии намак ба сатҳи лозимӣ нарасидааст.

Kasimova S., Davlatmamadova M.

Iodine deficiency diseases (IDD) and helminth infections among schoolchildren of four pilot districts of Sino project in Tajikistan.

Problems of IDD spreading in Tajikistan among schoolchildren some regions of the Republic are still under consideration. Situation with IDD is worsen by helminth infection among schoolchildren/ these two diseases are worsen each other and negatively affect physical and mental health of schoolchildren. Despite the progress the Republic of Tajikistan did not achieve the necessary level of the Program of World Salt iodination.

Курбанов Ш.М., Мухаммадиева С.М., Чалова О.Д.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра акушерства и гинекологии ТИППМК

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, материнская смертность, родовспоможение, неотложная акушерская помощь, кровотечение, гипертензивные нарушения.

Актуальность. Несмотря на достаточно значимые достижения в области политики и стратегии репродуктивного здоровья населения в Таджикистане, многие проблемы остаются нерешенными. В этом определяющая роль принадлежит обеспечению безопасного материнства в стране.

Ситуация по уровню материнской и младенческой смертности в Таджикистане остается довольно сложной и трудно прослеживаемой. Данные официальной статистики и независимых исследований расходятся относительно темпов снижения этих показателей. [3.4.5]

По информации Всемирной организации здравоохранения, мировые показатели материнской смертности с 1990 года практически не изменились и составляют 400 смертей на 100 тысяч родов в год. [6]

Важнейшие задачи в сфере здравоохранения таковы: повышение доступности и качества первичной, а также высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе во время беременности и родов; профилактика и снижение материнской заболеваемости и смертности. Развитие и совершенствование акушерско-гинекологической помощи в течение

ние последних лет, внедрение в практическое здравоохранение современных медицинских технологий повлияли на динамику материнской смертности в Российской Федерации. Показатель материнской смертности в Российской Федерации (по данным Росстата) снизился с 31,9 на 100 тыс. родившихся живыми в 2003 г. до 22,0 в 2007 г. (на 31,0%), а абсолютное число случаев материнской смерти уменьшилось с 463 в 2003 г. до 354 в 2007 г. (на 23,5%). Однако, несмотря на определенные успехи, достигнутые в снижении уровня материнской смертности в Российской Федерации, данный показатель значительно превышает аналогичный показатель в экономически развитых странах.

Большинства этих смертей можно было бы избежать. И хотя тех или иных осложнений зачастую предвидеть невозможно, их можно излечить.[1.2]

Наибольшая часть погибших женщин - это нуждающиеся из развивающихся стран. В некоторых западноевропейских странах во время беременности или родов умирает одна из 25 000 женщин. Между тем, в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, вероятность материнской смертности - 1 на 26 человек, а кое-где и 1 на 7. В богатых странах среди погибших женщин особенно много представительниц маргинализированных и беднейших слоёв населения.

Квалифицированное родовспоможение и неотложная акушерская помощь - вот решение проблемы материнской смертности. Однако пока ещё слишком многие медицинские учреждения плохо оснащены или попросту недоступны, особенно для представительниц беднейших слоёв населения или для женщин из глубинки. По данным ВОЗ, исследований, проведенных Всемирным банком, в 2008 году показатель материнской смертности в Таджикистане составлял 170 на 100000 живорожденных.

Цель исследования: изучить частоту и структуру материнской смертности в респу-

блике Таджикистан и разработать предложения по снижению материнских потерь.

Материал и методы исследования. Годовые отчеты родовспомогательных учреждений за 1990-2010 г.г., отраслевые статистические данные. Ретроспективный анализ первичной медицинской документации 88 случаев материнской смертности за 2010 г.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ ситуации по стране за 20-летний период свидетельствует, что показатель материнской смертности снизился с 1990 по 2000 год в 2 раза, составляя 46,6 на 100 000 населения, затем наметилось некоторое снижение до 2008 года, и за последние 2 года вновь показатель остается высоким.

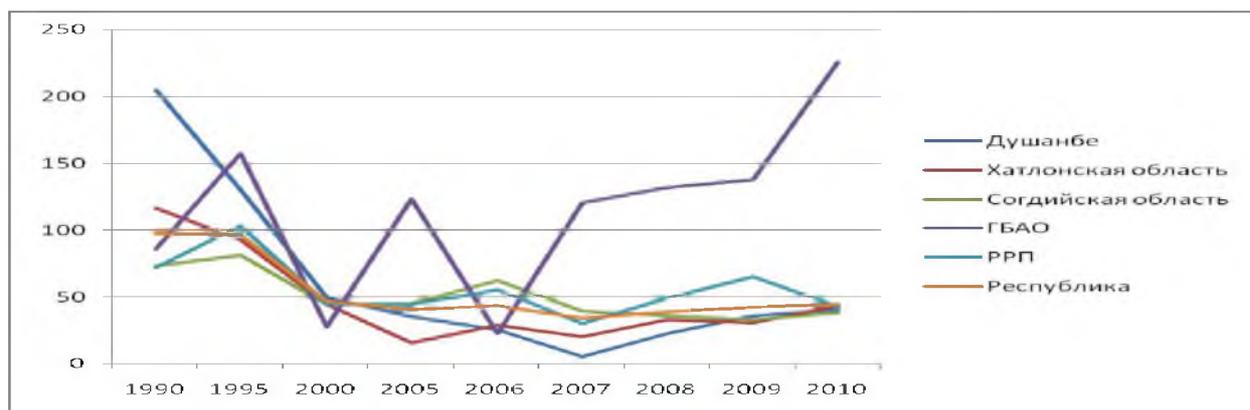
Как видно из представленных данных, за последние 5 лет достаточно высоки показатели материнской смертности в районах республиканского подчинения, хотя в 2010 году этот показатель снизился в 1,7 раза (42,6 на 100 тыс. населения), по сравнению с 2009 годом (47,2 на 100 тыс. населения). В Хатлонской области с 2005 года материнская смертность увеличилась в 2,7 раза, составляя в 2010 году 42,9 на 100.тыс.населения, в ГБАО - в 3 раза (123,1 и 376 на 100.тыс.населения соответственно). В Согдийской области показатель материнской смертности имеет незначительную тенденцию к снижению и остается высоким, существенно не отличаясь от Хатлонской области. В городе Душанбе высокие показатели материнской смертности можно объяснить миграцией беременных из сельской местности в столицу

Анализ ситуации в отдельных районах республиканского подчинения показал, что к 2010 году в Файзабадском районе материнская смертность возросла с 2008 года в 2,6 раза (42,4 и 111,0 соответственно), Раштской долине - в 2,3 раза (41,1 и 96,2 соответственно), в Варзобе составляет 163,0 на 100.000 живорожденных.

Тогда как в районе Рудаки этот показатель снизился в 2,6 раза (49,2 и 18,6 соответ-

Показатели материнской смертности в Республике Таджикистан за период 1990 -2010гг (на 100.000 живорожденных)

Регионы	Годы									
	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
г. Душанбе	205,3	130,5	49,6	35,2	25,7	5,4	22,8	35,7	40,4	
Хатлонская область	116,5	93,1	44,3	15,7	28,7	20,4	32,7	30,9	43,1	
Согдийская область	73,4	81,2	44,6	45,0	62,1	39,5	36,0	33,2	38,2	
ГБАО	85,8	157,5	27,7	123,1	22,4	120,7	132,0	137,6	226,0	
РРП	72,3	103,4	44,8	44,7	55,5	30,2	49,1	65,4	43,1	
Республика	97,7	96,3	46,6	40,1	43,4	33,9	38,4	41,8	44,4	



Динамика показателей материнской смертности в Республике Таджикистан за период 1990 -2010гг (на 100.000 живорожденных)

ственно), Гиссаре - в 2,9 раза (79,0 и 26,6 соответственно), в Турсун-заде - в 6,2 раза (88,3 и 14,1 соответственно)

В Согдийской области за последние 10 лет высокие показатели материнской смертности определяют Ганчинский и Дж.Расуловский районы (69,2 и 62,3 соответственно), г. Пенджикент и г. Ходжент (52,8 и 47,7 соответственно).

В Хатлонской области за указанный период высокие показатели материнской смертности установлены в районах Носири Хусрав, Д.Руми (225 на 100.000 населения), Шурабад (136,0), г. Сарбанд (186,0), Нурек (61,2) и Бохтарском районе (61,7).

В ГБАО высокие показатели материнской смертности определяют Рушанский район (773,0), г.Хорог (418,0), Мургаб (352,0), Рошккальа (236,0), Дарвоз (183,0)

Итак, в 2010 году зарегистрировано 98 случаев материнской смертности: 7 - в г. Душанбе, 8 - в ГБАО, 22 - в РРП, 25 - в Согдийской и 36 - в Хатлонской областях.

Результаты проведенных исследований показали, что наибольший удельный вес материнской смертности приходится на возраст самой высокой плодовитости (20 -34 года) и составляет 78,4%; среди женщин позднего репродуктивного возраста этот показатель составлял 21,6%.

Наименьший показатель материнской смертности установлен у первородящих, с увеличением количества родов он возрастает. Анализом установлено, что среди умерших 22,7% составляли первородящие, 42,0-повторнородящие и 27,0% - многорожавшие. Среди умерших не имели образования 41,0%, начальное - 9,0, среднее - 47,7%, высшее - 2,2%, 71,5% были домохозяйками.

Материнская смертность является одной из основных характеристик в оценке организации работы службы родовспоможения.

Важной проблемой остается доступность адекватных и качественных медицинских услуг для всех женщин.

В стране, по данным официальной статистики, с 1990 года антенатальным наблюдением ежегодно охватывается достаточно высокая доля беременных женщин, составляющая от 80,0% до 85,0%. Однако проведенные Министерством здравоохранения исследования свидетельствуют о низком качестве и объеме антенатального наблюдения и ухода, 30-40% беременных женщин фактически остаются без всякого антенатального наблюдения, не получая минимальный пакет услуг и объем медицинского обследования.

Проведенные нами исследования показали, что среди умерших женщин 20,4% не посещали акушера-гинеколога, т.е. антенатальный уход отсутствовал. Из 70 (79,5%) женщин, находившихся на дорововом наблюдении, 26 (37,1%) посетили врача 1- 3 раза, 23 беременные (32,8%) имели 4-6 визитов, 21 (30%) - 7 и более. Следовательно, качество антенатального ухода было низким, так как национальные стандарты не были соблюдены в 55,7% случаев.

Анализ материнской смертности свидетельствует, что причинами и факторами неблагоприятного исхода беременности и родов для матери и плода является задержка обращения пациенток за медицинской помощью на этапах: принятия решения обратиться за НАП, транспортировки (доступа) в медицинские учреждения, оказывающее услуги НАП, получения качественной НАП в больницах, куда были направлены женщины.

Установлено, что 71(80,4%) женщина умерла в стационаре, 12 (13,6%) - дома, 5 (5,6%) - при транспортировке. Из числа умерших в стационарах 2-3 уровня погибли 67 женщин (94,3%), остальные 4(5,6%) - стационарах 1 уровня.

Из 71 женщины, умерших в стационаре, 52 (73,2%) были доставлены родственниками на частной машине и только 19 (26,7%) - машиной скорой помощи в сопровождении медицинского работника. При этом 21 женщина (23,9%) имела при себе медицинскую документацию с информацией о своем здоровье (выписка из стационара, обменная карта, направление медицинского учреждения), у остальных 67 (76,1%) какая-либо информация отсутствовала.

Анализ показал, что среди родовспомогательных учреждений были готовы к оказанию НАП 39,7%, не готовы 60,3%.

Анализ медицинской документации показал, что из общего количества умерших в 21,5% случаев состояние было оценено как удовлетворительное, 22,7% - средней тяжести, 45,5% - тяжелое и 10,3% - агональное.

Среди умерших в первые сутки погибли 17,1%, 2-3 сутки - 61,4%, более 7 суток - 21,5%. Установлено, что более 60,0% женщин погибли в послеродовом периоде, 14,7% - во время беременности и 4,5% - в родах.

Показатели структуры материнской смертности по причинам определяют роль и значение каждого заболевания в общей совокупности причин, т.е. позволяют установить место той или иной причины смерти среди всех умерших женщин.

Анализ случаев материнской смертности показал, что причиной смерти у 30 женщин явилась экстрагенитальная патология (34,0%), у 51 (57%) - прямые акушерские причины: у 28 (31,8%) - тяжелая преэклампсия/эклампсия, у 23 (26,9%) - акушерские кровотечения. Сравнительный анализ показал, что по сравнению с предыдущими годами, изменилась структура материнской смертности. Так, если в 2002-2005 гг одной из ведущих причин являлись акушерские кровотечения (30,4-31,7), в 2010 году этот показатель составлял 26,4, то есть уменьшился в 1,2 раза, и первое место занимают экстрагенитальные заболевания.

Заключение. Структура материнской смертности на 77,0% состоит из управляемых причин. Причины материнской смертности чаще рассматриваются не с позиции акушерских ошибок, а в связи со сложностями диагностики, интенсивной терапии, которые во многом зависят от смежных специалистов. В то же время, ликвидация акушерских осложнений - основная роль акушера-гинеколога - очевидна.

Перспектива дальнейшего снижения акушерских осложнений и материнской смертности состоит в использовании новых научных достижений. Внедрение национальных

стандартов - реальный путь в снижении материнской заболеваемости и смертности.

- Улучшение готовности учреждений, предлагающих комплексную НАП и базовую НАП в частности;

- Улучшение использования существующих возможностей учреждений, предлагающих услуги НАП;

- Усиление возможностей учреждений здравоохранения в организации и оказании НАП путем усовершенствования инфраструктуры, наличия и порядка использования оснащения и оборудования, а также поставок лекарств и расходных материалов, необходимых для оказания помощи и лечения в случае возникновения основных акушерских осложнений;

- Усиление возможностей медицинского персонала для оказания НАП путем повышения уровня профессиональной подготовленности основных человеческих ресурсов, их знаний и клинических навыков, необходимых для оказания таких услуг, а также уважения прав пациентов;

- Усиление функций учреждений, в особенности в контексте их постоянной готовности по оказанию услуг НАП и незамедлительного клинического лечения;

Проведение исследований по конфеденциальному расследованию случаев околопояс и материнскому аудиту позволит улучшить качество оказания медицинских услуг.

ЛИТЕРАТУРА

1. Энкин М., Кейрс М, Нейлсон Дж. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. 2000. 477с.
2. Мэтьюс Матай, Харшад Сангви. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов: руководство для врачей и акушеров. 2000. 508 с.
3. Национальный план мероприятий по обеспечению безопасного материнства в Республике Таджикистан на период до 2014 года. Постановление Правительства Республики Таджикистан. №370 от 1 августа 2008г.
4. Стратегический план Республики Таджикистан по репродуктивному здоровью населения на период до 2014 года № 348 от 31.08.04г.
5. Статистические ежегодники Государственного комитета статистики Республики Таджикистан. 2000 - 2011 годы
6. Maternal deaths 'fall worldwide' - BBC, 12.04.2010

Мухамадиева С.М., Курбанов Ш.М., Чалова О.Д.

Mukhamadiyeva S.M., Kurbanov Sh. M., Chalova O.D.

Таҳлили ҳодисаҳои фавти модарон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон

Analysis of cases of maternal mortality in the republic of Tajikistan

Сабабҳои фавти модарон натавонанд аз тарафи хатогиҳои акушерӣ, балки вобаста ба мушкилоти таъхир, таъбири интенсивӣ, ки аз мутахассисони байнисоҳавӣ вобастагӣ дорад.

The structure of maternal mortality consists of controlled factors by 77 %. Causes of maternal mortality often seen not from a position of obstetric errors, and in connection with the difficulties of diagnosis, intensive care, which largely depend on the allied professionals. At the same time eliminating the elimination of obstetric complications in the main role of an obstetrician-gynecologist is obvious. The prospect of further reduction in obstetric complications and maternal mortality is the use of new scientific advances. The introduction of national standards is the realistic way to reduce maternal morbidity and mortality. Research on privacy and investigation of cases of maternal loses and maternal audit will let to improve the quality of medical services.

Перспективаи ва пас намудани аворизҳои акушерӣ ва фавти модарон ба истифода бурдани пешбурдиҳои нави илмӣ вобастагӣ дорад.

Ворид намудани стандартҳои миллии яке аз роҳҳои асосии пас намудани касалиҳои ва фавти модарӣ мебошад.

Мирзоева З.А., Окилова М.Н., Пулатова С.С.

ПРИМЕНЕНИЕ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ВРОЖДЕННЫХ УРОДСТВ У ПЛОДА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины ТИПМК

Ключевые слова: врожденные аномалии развития, фолиевая кислота, семейный врач.

Актуальность. Всем известно, что только профилактические меры, предпринятые еще до зачатия, способны помочь избежать появления отклонений от нормального развития плода. На сегодняшний день актуальной задачей для практического здравоохранения Республики Таджикистан и ПМСП является профилактика врожденных дефектов. На частоту возникновения некоторых серьезных осложнений трудно повлиять в период беременности, но можно предупредить до неё. Одним из важных моментов является применение фолиевой кислоты. В развивающихся странах, в том числе и в Республике Таджикистан, количество железа и фолиевой кислоты в рационе питания беременной женщины может оказаться недостаточным и не покрывать дополнительные затраты матери для

удовлетворения потребностей растущего плода, плаценты и увеличивающейся массы эритроцитов, даже несмотря на аменорею и увеличение абсорбции железа и фолатов в период беременности. Анемия беременных является существенной проблемой здравоохранения Республики Таджикистан. Обычные добавки железа поднимают и поддерживают уровень сывороточного железа выше 10 мкг/л и ведут к существенному снижению доли женщин на поздних сроках беременности, имеющих уровень гемоглобина ниже 10 или 10,5 г/% (ниже 6 - 6,5 ммоль/л). Обычные добавки фолатов для улучшения гематологических показателей в течение нескольких первых недель беременности существенно уменьшают число женщин с низким содержанием фолатов в сыворотке крови и эритроцитах, а